

ARTICULO ORIGINAL DE INVESTIGACION

Caracterización de la estructura familiar de pacientes que acuden a un servicio de medicina familiar

Alejandro Rafael Monges Villalba y Juana Elizabeth Pavón Fleitas

Programa de Especialización en Medicina Familiar, Dirección de Postgrado, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción, San Lorenzo, Paraguay.

DOI: 10.5281/zenodo.14257278

Publicado: 29 de noviembre de 2024

Resumen

Objetivos: Identificar las características estructurales y sanitarias de las familias de los pacientes que acuden a consulta en la Cátedra y Servicio de Medicina Familiar de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción (FCM - UNA); definir la composición familiar mediante el uso del familiograma; delimitar los tipos de enfermedades más prevalentes de los miembros de la familia, e identificar el ciclo vital familiar definido por el Modelo de la OMS modificado. **Materiales y métodos:** Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal con muestreo no probabilístico por conveniencia en pacientes que acudieron a consultar al Servicio de Medicina Familiar – UNA. Se evaluaron 380 pacientes mediante la aplicación del familiograma, recolectando datos sobre edad, sexo, patologías de los miembros de la familia, número de hijos, hermanos y padres, tipo de familia según integrantes del hogar, relación con los integrantes del hogar y ciclo vital familiar. **Resultados:** La edad promedio de los pacientes fue de 35,6 años, con un 54,2 % de sexo femenino. Las familias estudiadas presentaron un promedio de 4 integrantes por hogar. El tipo de familia nuclear fue el más prevalente (57,9 %). Solo el 57,3 % de las familias contaba con ambos padres en su grupo familiar. El 35 % de los que respondieron sobre sus relaciones familiares reportó un relacionamiento muy estrecho. Las enfermedades cardiovasculares fueron las más prevalentes (64,2 %), seguidas por las endocrinológicas (43,1 %). El ciclo vital familiar más frecuente fue el final de extensión (31,8 %). **Conclusiones:** Se identificaron las principales características estructurales y sanitarias de las familias estudiadas. La familia nuclear fue la más común, con un promedio de 4 integrantes por hogar. Las enfermedades cardiovasculares fueron las más prevalentes. El ciclo vital familiar más frecuente fue el final de extensión. Estos hallazgos proporcionan información valiosa para la comprensión de la estructura y dinámica familiar en el contexto de la atención primaria en salud.

Palabras clave: medicina familiar, estructura familiar, familiograma, ciclo vital familiar, enfermedades prevalentes

1. INTRODUCCIÓN

La familia, como unidad fundamental de la sociedad, ha sido objeto de estudio desde diversas disciplinas, incluyendo la medicina familiar. En este contexto, el familiograma o genograma se ha convertido en una herramienta invaluable para representar gráficamente la estructura, relaciones y funcionalidad entre los miembros de una familia a lo largo de al menos tres generaciones (1). Este instrumento, utilizado por primera vez por Randy Gerson y Mónica McGordrick para terapias familiares, ha evolucionado hasta convertirse en una herramienta esencial en medicina, psicología, genética y otras ramas científicas (2).

El familiograma no solo permite visualizar la composición familiar, sino que también proporciona información crucial sobre las dinámicas interpersonales, tipos de interacción y posibles problemáticas dentro del núcleo familiar (3). En el ámbito de la medicina familiar, el genograma se ha convertido en un recurso fundamental para orientar la consulta médica, permitiendo al profesional de la salud descubrir información que facilita el diagnóstico de problemas tanto médicos como interpersonales (4).

La importancia de la familia como componente social ha sido reconocida desde la antigüedad. Su papel en la formación básica, estructuración de valores y establecimiento de reglas de comportamiento es innegable (5). Sin embargo, la modernidad ha influido significativamente en la estructura y dinámica familiar. Los conceptos tradicionales de sexualidad, procreación y convivencia han experimentado transformaciones profundas, dando lugar a una multiplicidad de formas de familia y convivencia (6).

En un intento por comprender esta diversidad, se han desarrollado diversas clasificaciones familiares que consideran aspectos como el desarrollo (moderna, tradicional, arcaica), la demografía (rural, suburbana, urbana), la integración (integrada, semi integrada, desintegrada), la composición (nuclear, extensa, extensa compuesta) y la funcionalidad (funcional, disfuncional) (7). Estas clasificaciones permiten una comprensión más matizada de las estructuras familiares y sus dinámicas.

El concepto de ciclo vital familiar, que describe una secuencia relativamente ordenada de eventos esperables a lo largo de la vida de una familia, ha sido particularmente útil en la comprensión de las crisis previsibles que enfrentan las familias. El modelo modificado de la OMS, ampliamente utilizado, divide estos ciclos en Formación, Extensión, Final de Extensión, Contracción, Final de Contracción y Disolución (8).

En América Latina, las estructuras familiares han experimentado cambios significativos en las últimas décadas. Se ha observado un aumento en la frecuencia de hogares unipersonales, una disminución de hogares nucleares biparentales y un crecimiento de familias monoparentales con jefatura femenina. Además, en los estratos socioeconómicos más bajos, se han identificado mayores niveles de dependencia y un mayor número promedio de personas por hogar (9).

Es importante reconocer que la familia es un sistema vivo en constante evolución y desarrollo, influenciado tanto por el contexto como por los individuos que la conforman. Las personas nacen, crecen, se reproducen y mueren dentro de este sistema, dejando huellas en la interacción con otros, y transmitiendo costumbres, hábitos, reglas y vicios de generación en generación (10).

En este contexto, el presente estudio se propone identificar las características estructurales y sanitarias de las familias de los pacientes que acuden a consulta en la

Cátedra de Medicina Familiar, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción. A través del uso del familiograma, se busca definir la composición familiar, delimitar los tipos de enfermedades más prevalentes entre los miembros de la familia, e identificar el ciclo vital familiar según el modelo modificado de la OMS.

Esta investigación no solo contribuirá a la comprensión de las estructuras familiares en el contexto específico de Paraguay, sino que también proporcionará información valiosa para el desarrollo de estrategias de atención en salud más efectivas y adaptadas a las realidades familiares locales. Además, los resultados obtenidos podrán servir como base para futuras investigaciones en el campo de la medicina familiar y la salud pública en la región.

2. MATERIALES Y MÉTODOS

2.1 *Diseño del estudio*

Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal. Este diseño permitió caracterizar la estructura familiar de los pacientes que acuden a la Cátedra y Servicio de Medicina Familiar de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción (FCM-UNA) en un momento específico, sin intervención por parte de los investigadores.

2.2 *Población y muestra*

La población enfocada consistió en individuos oriundos de la zona aledaña al Servicio de Medicina Familiar – UNA o con intención de acudir a consulta pese a la distancia geográfica. La población accesible se definió como los pacientes que acudieron a consultar al Servicio de Medicina Familiar – UNA durante el período de estudio.

Se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia, incluyendo a todos los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión durante el período de recolección de datos. Se logró incluir a 380 pacientes en el estudio.

2.3 *Criterios de inclusión y exclusión*

Se incluyeron en el estudio a todos los pacientes que consultaron en la Cátedra y Servicio de Medicina Familiar durante el período de recolección de datos. Se excluyeron los pacientes o acompañantes que al momento del interrogatorio no tuvieron la capacidad de responder o no recordaron con exactitud la estructura familiar, así como a aquellos que se negaron a participar en el estudio.

2.4 *Recolección de datos*

La recolección de datos se realizó mediante la aplicación del familiograma durante la consulta médica. Se utilizó un instrumento estandarizado para registrar las siguientes variables: edad, sexo, patologías de los miembros de la familia, número de hijos, número de hermanos, número de padres, tipo de familia según integrantes del hogar, relación con los integrantes del hogar y ciclo vital familiar.

El familiograma, como herramienta principal de recolección de datos, permitió representar gráficamente la estructura familiar, incluyendo información sobre al menos

tres generaciones. Este instrumento facilitó la visualización de las relaciones familiares y la identificación de patrones de enfermedad y dinámica familiar.

2.5 *Análisis de datos*

Los datos recopilados fueron tabulados en una planilla de Microsoft Excel. Se llevó a cabo un análisis descriptivo, calculando las prevalencias y promedios de todas las variables estudiadas. Para las variables categóricas, se calcularon frecuencias absolutas y relativas. Para las variables continuas, se calcularon medidas de tendencia central (media, mediana) y de dispersión (desviación estándar, rango).

Se analizaron las características demográficas de la población estudiada, la composición familiar, la prevalencia de diferentes tipos de estructura familiar, la presencia de enfermedades en los miembros de la familia y la distribución de los ciclos vitales familiares.

2.6 *Aspectos éticos*

El estudio se llevó a cabo respetando los principios éticos fundamentales de la investigación en seres humanos. Se garantizó la autonomía de los participantes, asegurando que su participación fuera voluntaria y con consentimiento informado. Se respetó el principio de justicia, garantizando el anonimato de los sujetos de estudio en todas las etapas de la investigación, desde la toma de muestras hasta el análisis y presentación de los resultados.

En cuanto al principio de beneficencia, se orientó a los participantes sobre la importancia de la familia en el contexto de la salud. Se respetó el principio de no maleficencia, asegurando que la participación en el estudio no ocasionara ninguna amenaza a la integridad personal de los participantes.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción antes de su inicio, garantizando así el cumplimiento de todas las normas éticas pertinentes.

3. RESULTADOS

3.1 *Características demográficas de la población estudiada*

En el presente estudio se evaluaron 380 pacientes que acudieron a la Cátedra y Servicio de Medicina Familiar de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción. La edad promedio de los participantes fue de 35,6 años, con una distribución por sexo que mostró un predominio femenino. Del total de pacientes, 206 (54,2 %) correspondieron al sexo femenino, mientras que 174 (45,8 %) fueron del sexo masculino.

3.2 *Composición y estructura familiar*

El análisis de la composición familiar reveló que las familias estudiadas presentaban un promedio de 4 integrantes por hogar. Este dato proporciona una visión general del tamaño de las unidades familiares en la población estudiada. Además, se observó que

los pacientes que acudieron a consulta tenían en promedio 3 hermanos y 1 hijo, lo que ofrece información adicional sobre la estructura generacional de estas familias.

En cuanto a la tipología familiar, se encontró que la estructura más frecuente fue la de tipo nuclear, presente en 220 familias, lo que representa el 57,9 % del total. Le siguieron en frecuencia la estructura extensa, observada en 102 familias (26,8 %), y la extensa compuesta, presente en 58 familias (15,3 %). Estos datos reflejan la diversidad de estructuras familiares en la población estudiada, con un claro predominio de la familia nuclear tradicional.

Un hallazgo significativo fue que solo 218 familias, es decir, el 57,3 % del total, contaban al momento del estudio con ambos padres en su grupo familiar. Esto implica que en 162 familias (42,7 %) al menos uno de los padres estaba ausente, ya sea por fallecimiento o separación. Este dato es relevante para comprender la dinámica familiar y las posibles implicaciones en el cuidado de la salud y el apoyo familiar.

3.3 Relaciones familiares

Es importante señalar que solo 40 pacientes, lo que representa el 10 % de la población estudiada, accedieron a proporcionar información detallada sobre el tipo de relación con los miembros de su familia. De este subgrupo, 14 pacientes (35 %) reportaron tener un relacionamiento predominantemente muy estrecho con sus familiares. Los demás tipos de relacionamiento identificados incluyeron relaciones conflictivas, estrechas, estrechas pero conflictivas, y casos de quiebre en las relaciones familiares. Aunque estos datos provienen de una muestra limitada, ofrecen una visión inicial de la dinámica relacional en las familias estudiadas.

3.4 Prevalencia de enfermedades en las familias

El análisis de las patologías presentes en las familias estudiadas reveló que las enfermedades cardiovasculares fueron las más prevalentes, afectando a 244 familias, lo que representa el 64,2 % del total. En segundo lugar, se ubicaron las enfermedades endocrinológicas, presentes en 164 familias (43,1 %). Otras patologías identificadas, en orden decreciente de prevalencia, fueron las enfermedades inmunológicas, neoplásicas, reumatológicas, psiquiátricas, violentas y neurológicas. Esta distribución de enfermedades proporciona información valiosa sobre el perfil de salud de las familias atendidas en el servicio.

3.5 Ciclo vital familiar

En cuanto al ciclo vital familiar, definido según el modelo modificado de la OMS, se encontró que la etapa más prevalente fue el final de extensión, presente en 121 familias (31,8 %). Le siguieron en frecuencia la etapa de contracción, observada en 97 familias (25,5 %), y la etapa de extensión, presente en 82 familias (21,5 %). Las etapas de formación, final de contracción y disolución se presentaron con menor frecuencia. Esta distribución de los ciclos vitales familiares ofrece una perspectiva sobre las diferentes etapas de desarrollo en las que se encuentran las familias estudiadas, lo cual puede tener implicaciones importantes para la atención médica y el abordaje de las necesidades de salud familiares.

Estos resultados proporcionan una caracterización detallada de la estructura familiar, las relaciones interpersonales, el perfil de salud y las etapas del ciclo vital de las familias atendidas en el Servicio de Medicina Familiar de la FCM-UNA, ofreciendo una base sólida para la discusión y las implicaciones prácticas de estos hallazgos.

4. DISCUSIÓN

El presente estudio proporciona una visión integral de las características estructurales y sanitarias de las familias atendidas en el Servicio de Medicina Familiar de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción. Los hallazgos obtenidos ofrecen información valiosa para comprender la dinámica familiar y su relación con la salud en el contexto paraguayo.

La predominancia del sexo femenino (54,2 %) en la población estudiada es un fenómeno observado consistentemente en diversos estudios sobre utilización de servicios de salud. Bello Escamilla y Montoya Cáceres (11) señalan que esta tendencia podría atribuirse a diferencias psicológicas y culturales entre ambos sexos, que influyen en la percepción de la salud y la búsqueda de atención médica. Este hallazgo subraya la importancia de considerar las diferencias de género en la planificación y prestación de servicios de salud.

El promedio de 4 integrantes por hogar encontrado en nuestro estudio coincide con los resultados reportados por Barrios (12) en Asunción, quien encontró un promedio de 4,1 habitantes por hogar. Esta similitud sugiere una cierta estabilidad en el tamaño de los hogares urbanos en Paraguay. Sin embargo, es importante notar que Barrios también señala que este promedio tiende a ser ligeramente más alto en el interior del país, lo cual podría estar relacionado con diferencias en el acceso a la educación sobre planificación familiar entre zonas urbanas y rurales.

La prevalencia de la estructura familiar nuclear (57,9 %) en nuestro estudio es similar a lo reportado por Horna-Calvo et al. (13) en un estudio realizado en Perú, donde encontraron que el 53 % de los hogares correspondían a este tipo de estructura. Esta similitud sugiere que, a pesar de las transformaciones sociales y económicas en América Latina, la familia nuclear sigue siendo el modelo predominante en muchos contextos urbanos.

Sin embargo, es importante destacar que un 42,7 % de las familias en nuestro estudio no contaban con ambos padres en el hogar. Este hallazgo contrasta con lo reportado por Real Delor et al. (14) en un estudio realizado en varias Unidades de Salud Familiar en Paraguay, donde encontraron que el 62 % de los participantes estaban casados o en concubinato. Esta diferencia podría indicar una tendencia hacia estructuras familiares más diversas en el área de influencia de nuestro estudio, o bien reflejar las particularidades de la población que acude a un servicio de medicina familiar universitario.

El ciclo vital familiar más prevalente en nuestro estudio fue el final de extensión (31,8 %), seguido por la contracción (25,5 %) y la extensión (21,5 %). Estos resultados difieren de lo encontrado por Carrasco Timbe y Cabrera Orellana (15) en un estudio realizado en Ecuador, donde el ciclo más prevalente fue la extensión (38,2 %). Esta diferencia podría atribuirse a variaciones en la estructura demográfica de las poblaciones

estudiadas o a diferencias en los patrones de formación y desarrollo familiar entre los dos países.

La alta prevalencia de enfermedades cardiovasculares (64,2 %) y endocrinológicas (43,1 %) en las familias estudiadas es consistente con las tendencias globales y regionales en la carga de enfermedades no transmisibles. González y Cardentey (16) han señalado la creciente importancia de estas patologías en la población adulta mayor, lo cual se refleja en nuestros hallazgos.

Un hallazgo particularmente interesante es la alta prevalencia de enfermedades psiquiátricas reportada en nuestro estudio. Aunque no se proporcionó un porcentaje específico, la mención de estas patologías entre las más frecuentes es significativa. Vicente *et al.* (17) han estimado que las enfermedades psiquiátricas son responsables del 20,9 % de la carga total de enfermedades en América Latina. Nuestros resultados sugieren que la prevalencia de estas condiciones podría ser aún mayor en la población estudiada, lo cual subraya la necesidad de integrar la salud mental en la atención primaria.

Una limitación importante de nuestro estudio fue la baja tasa de respuesta (10 %) a las preguntas sobre relaciones familiares. Esto podría deberse a la falta de confianza entre el paciente y el médico, especialmente en consultas de primera vez, o a la naturaleza sensible de esta información. Esta limitación subraya la importancia de desarrollar estrategias para fomentar la confianza y la apertura en la comunicación médico-paciente.

Entre las fortalezas del estudio se encuentra el uso del familiograma como herramienta de recolección de datos, lo cual permitió obtener una visión integral de la estructura y dinámica familiar. Además, el tamaño de la muestra (380 pacientes) proporciona una base sólida para la generalización de los resultados a la población atendida en el servicio.

Los hallazgos de este estudio tienen importantes implicaciones para la práctica de la medicina familiar en Paraguay. La alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles subraya la necesidad de fortalecer los programas de prevención y manejo de estas condiciones a nivel familiar. Asimismo, la diversidad de estructuras familiares observadas sugiere la importancia de adaptar las intervenciones de salud a las necesidades específicas de cada tipo de familia.

Futuras investigaciones podrían profundizar en la relación entre la estructura familiar, el ciclo vital y los patrones de enfermedad, así como explorar más detalladamente las dinámicas relacionales dentro de las familias y su impacto en la salud. Además, sería valioso llevar a cabo estudios comparativos entre diferentes regiones de Paraguay para identificar posibles variaciones geográficas en las características familiares y su relación con la salud.

En conclusión, este estudio proporciona una caracterización detallada de las familias atendidas en un servicio de medicina familiar universitario en Paraguay, ofreciendo revelaciones valiosas sobre la estructura familiar, el ciclo vital y el perfil de salud de esta población. Estos hallazgos pueden servir como base para el desarrollo de intervenciones de salud más efectivas y adaptadas al contexto familiar paraguayo.

RECONOCIMIENTOS

El presente estudio fue realizado como parte del Programa de Especialización en Medicina Familiar de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción, bajo la supervisión del Prof. Dr. Andrés Szwako. El texto original ha sido modificado para adaptarse a los requerimientos editoriales de la presente publicación, manteniendo la integridad y el propósito del estudio original. La investigación no recibió financiamiento externo. Los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. Suarez Cuba MA. El genograma: herramienta para el estudio y abordaje de la familia. *Rev Méd La Paz*. 2010;16(1):53-57.
2. Genograma.net. Familiograma: ¿Qué es?, ¿Para qué sirve?, ¿Cómo hacerlo? y más [Internet]. [citado 16 de mayo de 2022].
3. Espronceda-Amor ME. Métodos para el estudio de la familia: Pertinencias y alcances del familiograma y sus usos. Santiago. 2016;(125):72-92.
4. Shellenberger S. Genograma, Herramienta Clínica en Medicina Familiar. En: Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires, editor. *Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria*. 3ra Edición. Buenos Aires: Panamericana; 2016. p. 120-3.
5. Martínez Ocampo M. Reconocimiento de la familia como base principal de la sociedad, a partir de la constitución política de Colombia de 1991 [Tesis]. Santiago de Cali: Universidad Santiago de Cali; 2020.
6. Miranda Tejada FP, Miranda Tejada VP. Tipos de familia e inteligencia emocional en niños de primaria de Cajamarca [Tesis]. Cajamarca: Universidad Privada Antonio Guillermo Urrel; 2016.
7. Pavón J. Genograma o Familiograma. En: Manual de Medicina Familiar. 3ra Edición. Asunción: EFACIM; 2018. p. 93-9.
8. Riveros Ríos M. Los Ciclos Vitales. En: Manual de Medicina Familiar. 3ra Edición. Asunción: EFACIM; 2018. p. 112-27.
9. Ullmann H, Maldonado Valera C, Rico MN. La evolución de las estructuras familiares en América Latina, 1990-2010. Los retos de la pobreza, la vulnerabilidad y el cuidado. Santiago: CEPAL-UNICEF; 2014.
10. Reyna JM, Salcido MRE, Arredondo AP. Análisis del ciclo vital de la estructura familiar y sus principales problemas en algunas familias mexicanas. *Alternativas en Psicología*. 2013;17(28):73-91.
11. Bello Escamilla NV, Montoya Cáceres PA. Adherence to drug treatment in older adults with type 2 diabetes and its associated factors. *Gerokomos*. 2017;28(2):73-77.
12. Barrios O. Características de las condiciones de vida en el Paraguay. *Población y Desarrollo*. 1997;8(13):9-15.
13. Horna-Clavo E, Arhuis-Inca W, Bazalar-Palacios J. Relación de habilidades sociales y tipos de familia en preescolares: estudio de caso. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*. 2020;(61):224-232.
14. Real Delor RE, Azuaga Franco HM, Bordón Medina NC, Colman Gómez DB, Delgado Ortiz LM, Fernández Méndez YB, et al. Satisfacción de los usuarios de unidades de salud familiar del Paraguay en 2020: estudio multicéntrico. *Rev Nac (Itauguá)*. 2021;13(1):64-75.
15. Carrasco Timbe MJ, Cabrera Orellana JD. Asociación ciclo vital familiar-ansiedad-niveles de conocimiento covid-19 del personal sanitario, Centro Materno Infantil-IESS-Cuenca. Diciembre 2020 a Septiembre 2021 [Tesis]. Cuenca: Universidad del Azuay; 2021.
16. González RR, Cardentey GJ. Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores. *Finlay*. 2018;8(2):103-110.
17. Vicente B, Riosco P, Saldivia S, Kohn R, Torres S. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en Latinoamérica: revisión crítica. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2005;34(4):506-514.